

Demande d'assistance financière
(La demande doit être **COMPLÈTEMENT** remplie)

Date de la demande : ____/____/____

Information sur le patient :

Nom de famille : _____ Prénom _____ Initiale du milieu _____

Date de naissance : ____/____/____ Numéro de sécurité sociale : _____

Adresse : _____ Apt n° _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Téléphone maison (____) _____ Autre téléphone (____) _____

Personnes à charge dans le ménage :

	Nom	Date de naissance	Lien avec le patient
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Informations sur les revenus :

Revenus	Patient(e)	Conjoint(e)
Employeur		
Rémunération brute		
Pension alimentaire perçue		
Pension		
Indemnités de chômage		
Prestations de sécurité sociale		
Revenus locatifs		
Autres revenus		
Coupons alimentaires		
Revenus totaux		



Veillez fournir des copies des documents disponibles de la liste ci-jointe des formulaires de documentation et de vérification. Les patients doivent fournir ces informations dans les 15 jours suivant la réception de la demande. Vous pouvez poster ou déposer vos documents. L'adresse est indiquée ci-dessous. Toutes les informations fournies, discutées ou enregistrées en rapport avec cette demande sont confidentielles. Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'une assistance supplémentaire, contactez un conseiller d'assistance financière au (203) 276-7515 ou au (203) 276-4831 au Département des affaires patients.

Adresse postale :
 Stamford Health
 One Hospital Plaza
 PO Box 9317
 Stamford, CT 06904

Adresse physique :
 Stamford Health
 One Hospital Plaza
 Stamford, CT 06902

Informations supplémentaires que le demandeur souhaite voir prises en considération :

Par la présente, je demande une assistance financière à l'hôpital de Stamford, y compris l'accès aux fonds pour les lits d'hôpitaux qui pourraient être disponibles et auxquels je pourrais avoir droit. Je comprends que les informations que j'ai soumises sont susceptibles d'être vérifiées par l'hôpital de Stamford. Je certifie que les informations ci-dessus sont vraies et correctes. Je comprends qu'il peut m'être demandé de faire une demande d'aide publique, si je suis éligible.

Signature du demandeur : _____

Date : _____

Veillez noter que si vous ne remplissez pas cette demande et ne fournissez pas les informations demandées dans le délai imparti, le traitement de votre demande sera retardé et il se peut que l'on détermine que vous n'êtes pas admissible pour une aide financière.

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'HÔPITAL

MR#: _____

Family Size# _____

Financial Assistance Level Approved: _____ @ _____ %

FAP Approved: From: _____ To: _____

Prenatal Approved: From: _____ To: _____

Denied Date: _____

Reason for Denial: _____

By FC: _____ Date: _____

Formulaires de documentation et de vérification

Veillez fournir les documents applicables énumérés ci-dessous pour le demandeur/conjoint et les enfants (si le demandeur est mineur, veuillez fournir les informations sur les parents) à votre conseiller d'assistance financière ou au département des services aux patients.

VEUILLEZ NOUS FOURNIR DES COPIES DES DOCUMENTS SUIVANTS

Assurance:

- | | | | |
|---|--|----------------|--|
| Santé | <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON | Responsabilité | <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON |
| Indemn. acc. trav. | <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON | MVA | <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON |
| Couverture d'assurance demandée auprès d'Access Health CT ? | <input type="checkbox"/> OUI ou <input type="checkbox"/> NON | | |

***TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES CONCERNENT LE PATIENT, SON CONJOINT ET LES ENFANTS DU FOYER.**

Prestations fédérales et d'État :

- Lettre de refus du département des services sociaux
- Bons d'alimentation / Lettre d'assistance en espèces
- Couverture médicale du Département des services sociaux (Medicaid)
- Lettre de prestations de sécurité sociale

Identification:

- Carte d'identité avec photo / permis de conduire / passeport / carte de résident permanent.
- Preuve de l'adresse actuelle (factures de services publics, câble, téléphone).
- Certificat de naissance des enfants

Revenus : salaires, traitements, pourboires et dividendes

- Bulletins de salaire les plus récents (4 si paiement hebdomadaire / 2 si paiement bihebdomadaire et 2 si paiement mensuel).
- Une lettre de l'employeur ou du patient lui-même est nécessaire en cas de paiement en espèces ou par chèque personnel.
- Historique des versements de chômage (si vous percevez du chômage).
- Si vous êtes sans emploi, veuillez fournir une lettre indiquant comment vous subvenez à vos besoins.
- Pension alimentaire et/ou pension alimentaire pour enfants (document du tribunal ou lettre indiquant le montant reçu).
- Êtes-vous propriétaire de biens autres que votre résidence principale ?
 - OUI ou NON si oui, revenus locatifs \$ _____

Impôts :

- Dernière déclaration de revenus remplie et W-2 ou 1099

Banque :

- Relevés de comptes bancaires les plus récents pour le patient et son conjoint (comptes chèques, comptes d'épargne)
 - OUI ou NON Si non, veuillez parapher _____

Informations sur la résidence :

- Reçu de loyer / Bail ou relevé d'hypothèque
- Lettre du propriétaire ou de vous-même (montant que vous payez pour le loyer chaque mois)
- Lettre de refuge